

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1934

THÈSE

175

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Louis DORVAL

Né le 27 mars 1909, à Kerfeunteun (Finistère)

**CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES STENOSES DU GRÊLE
APRES GASTRO-ENTEROSTOMIE**

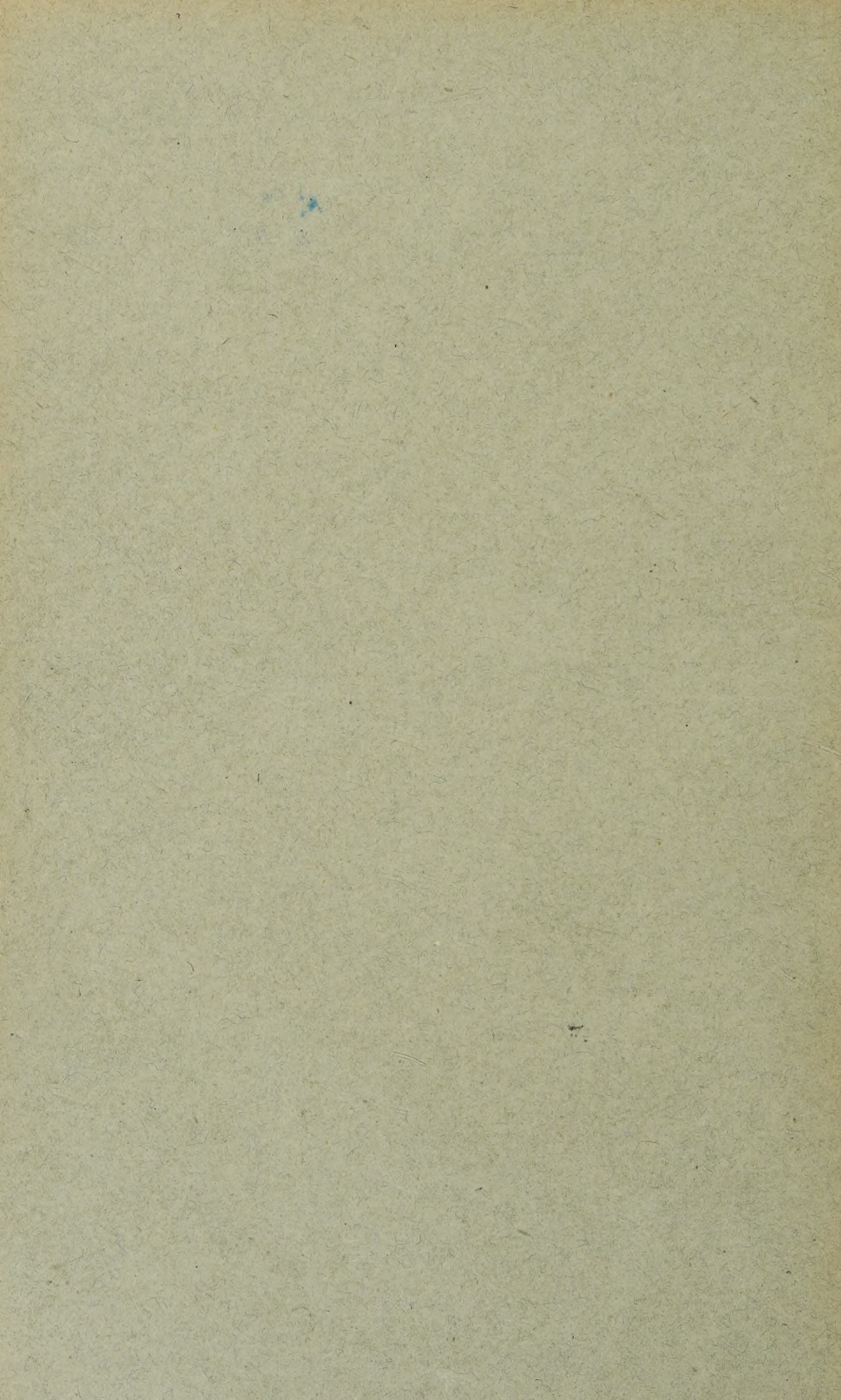
Président de Thèse : M. LOEPER, Professeur.

PARIS

E. LE FRANÇOIS, EDITEUR

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1934



**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES STÉNOSES DU GRÊLE
APRÈS GASTRO-ENTÉROSTOMIE**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1934

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Louis DORVAL

Né le 27 mars 1909, à Kerfeunteun (Finistère)

**CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES STENOSES DU GRÊLE
APRES GASTRO-ENTEROSTOMIE**

Président de Thèse : M. LOEPER, Professeur.

PARIS

E. LE FRANÇOIS, EDITEUR

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN G. ROUSSY.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	PROUST.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	ACHARD.
	BESANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE . Neurologie et Psychiâtr.
BÉNARD Henri. Pathologie médicale.
BERNARD Et... Pathologie médicale.
BOULIN Pathologie médicale.
BROCQ Pathologie chirurgicale
BULLIARD Histologie.
CATHALA Pathologie médicale.
CHABROL Pathologie médicale.
CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
DOGNON Physique.
DONZELOT Pathologie médicale.
FEY Urologie.
GALLIARD Parasitologie.
GASTINEL Bactériologie.
GATELLIER ... Pathologie chirurgicale
DE GAUDART
D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale
GAYET Physiologie.
GIROUD Histologie.
HAGUENAU ... Pathologie médicale.
HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD Pharmacologie.
HUGUENIN Anatomie pathologique.
JOANNON Hygiène.
LABBÉ Henri.. Chimie biologique.
LACOMME Obstétrique.
LANTUÉJOL .. Obstétrique.

MM.

LAROCHE Guy. Pathologie médicale.
LEMAIRE Pathologie expériment.
LEVEUF Pathologie chirurgicale
M^{lle} J. LÉVY .. Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI... Neurologie et Psychiâtr.
MOREAU Pathologie médicale.
MOULONGUET .. Pathologie chirurgicale
MOUQUIN Pathologie médicale.
OBERLING Anatomie pathologique.
PETIT-
DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale
PIÉDELIÈVRE .. Médecine légale.
PORTES Obstétrique.
QUÉNU Pathologie chirurgicale
RICHET Physiologie.
SANNIÉ Chimie biologique.
SÉNÈQUE Pathologie chirurgicale
SÉZARY Dermatologie et syphi-
ligraphie.
TROISIER Pathologie expériment.
TURPIN Pathologie médicale.
VALLÉRY-RADOT
(Pasteur) .. Pathologie médicale.
VELTER Ophtalmologie.
VIGNES Obstétrique.
WILMOTH Pathologie chirurgicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
BUSQUET Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS

DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	GUÉNIOT	} Clinique obstétricale.
AUBERTIN		LE LOBIER ...	
BRULÉ		LÉVY-SOLAL ..	
CHIRAY		METZGER	
DUVOIR			
HARVIER			
LIAN			

MM.

BASSET	} Clinique chirurgicale.
CADENAT	
HEITZ-BOYER ..	
MOCQUOT	
MOURE	
SCHWARTZ ...	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agr.	Education physique.
FREY	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE

A MON PERE

En témoignage de profonde affection.

A MA FIANCEE

A MA SOEUR

AUX MIENS

A MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le PROFESSEUR LOEPER

Professeur de Thérapeutique
à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital de la Pitié
Commandeur de la Légion d'honneur

*A qui je dois le sujet de cette thèse et qui
m'a fait le très grand honneur d'en ac-
cepter la présidence.*

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE BORDEAUX

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE PARIS

A Monsieur le DOCTEUR MICHAUX,

A Monsieur le DOCTEUR PORCHER,

A Monsieur le DOCTEUR LAGARENNE.

En témoignage de gratitude.

INTRODUCTION

Depuis une cinquantaine d'années que l'on pratique la gastro-entérostomie, d'assez nombreux cas de sténoses du grêle ont déjà été signalés par divers auteurs après cette intervention.

C'est à propos d'une observation de ce genre, recueillie récemment dans son service, que M. le Professeur LOEPER nous a suggéré l'idée de ce travail.

Il s'agissait d'un malade, gastro-entérostomisé quelques années auparavant, qui présentait des phénomènes d'occlusion basse du grêle par brides et adhérences sur la portion terminale de l'iléon.

Une autre observation nous a été aimablement communiquée par le Dr BANZET, chirurgien des hôpitaux. Elle concerne un malade qui faisait, quelques semaines après une gastro-entérostomie, des troubles du transit intestinal par invagination du grêle dans le hiatus artificiellement créé par l'opération, entre la paroi postérieure du mésocolon transverse d'une part, l'anse jéjunale anastomotique et son mésentère de l'autre.

A propos de ces deux cas, après quelques généralités sur la gastro-entérostomie et ses techniques, nous passerons en revue les divers modes de production de ces sténoses du grêle, puis nous étudierons les divers

aspects cliniques qu'elles présentent et nous rappellerons l'intérêt des examens radiologiques pour le diagnostic de certains cas particuliers. Enfin, nous essaierons de tirer de l'étude de ces faits quelques conclusions pratiques quant à la prophylaxie, au diagnostic et au traitement de ces sténoses.

CHAPITRE PREMIER

LA GASTRO-ENTÉROSTOMIE

Généralités. — La gastro-entérostomie consiste à aboucher directement dans l'estomac, la première portion de l'intestin grêle ou jéjunum.

C'est en 1881, que WOLFLER la pratiqua pour la première fois, sur le sconseils de NICOLADONI, au cours d'une intervention pour sténose serrée du pylore de nature cancéreuse.

Depuis, elle continue à être appliquée comme traitement des sténoses pyloriques de toutes origines ; mais de plus, elle est couramment employée dans la thérapeutique des ulcères de l'estomac et du duodénum. Aussi est-elle devenue de beaucoup la plus fréquente de toutes les opérations qui sont aujourd'hui pratiquées sur l'estomac.

Principales techniques opératoires. — Pour réaliser l'anastomose gastro-jéjunale, trois techniques ont été préconisées, celles de WOLFLER, de VON HACKER et de ROUX.

1° *Procédé de Wolfler, ou gastro-entérostomie antérieure précolique.* — Dans ce procédé, l'anse jéjunale passe au-devant du côlon transverse, entre celui-ci et la paroi, pour arriver à son point d'anastomose sur

l'estomac. Elle décrit dans ce trajet une grande boucle qui contourne d'arrière en avant le mésocôlon et le côlon transverse créant ainsi un hiatus entre elle et son mésentère en bas, le côlon et son méso en haut.

Puis, elle est orientée de gauche à droite par la manœuvre de torsion de ROCKWITZ, pour être placée en position isopéristaltique par rapport à l'estomac ; elle est alors abouchée à ce dernier au voisinage de la grande courbure et aussi près que possible de l'antrum pylorique ; enfin, elle est suspendue à la paroi de l'estomac, suivant la méthode de LAUENSTEIN, sur une longueur de quelques centimètres de part et d'autre de l'anastomose. Celle-ci est faite, soit par suture, soit par boutons de JABOULAY ou de MURPHY.

2° *Procédé de Von Hacker ou gastro-entérostomie postérieure transmésocolique.* — La grande caractéristique de cette technique, c'est que l'anse jéjunale arrive à l'estomac en passant non plus devant le côlon transverse, mais derrière lui à travers une brèche ouverte dans le mésocôlon.

Actuellement on prend une anse aussi courte que possible, qui ne dessine qu'une toute petite boucle entre l'angle duodéno-jéjunal et la face postérieure de l'estomac. Cependant, on n'en crée pas moins, comme dans le procédé de WÖLFLE, un hiatus limité par le mésocôlon d'une part, l'anse anastomotique et son mésentère de l'autre.

On pratique l'anastomose près de la grande courbure dans le voisinage du pylore, après avoir ou non orienter l'anse jéjunale en isopéristaltisme avec l'es-

tomac. Puis, on suspend cette anse à l'estomac, et on ferme la brèche mésoclique, en la fixant au pourtour de la bouche de gastro-entérostomie.

L'anastomose, comme dans le procédé de WÖLFLEK se fait par suture ou par bouton.

3° *Procédé de Roux ou gastro-entérostomie en Y.* — Ce procédé consiste à sectionner l'anse jéjunale à une certaine distance de l'angl duodéno-jéunal ; puis à implanter le bout inférieur ou iléal dans l'estomac ; enfin à aboucher le bout supérieur ou jéjunal dans le bout iléal en une anastomose termino-latérale.

Indication des techniques. — Le procédé de choix est actuellement la gastro-entérostomie postérieure transmésocolique de VON HACKER. 2

Le procédé de WÖLFLEK n'est employé que dans les cas, où la création de la bouche anastomotique sur la face postérieure de l'estomac, est rendue impossible par suite de l'existence sur cette face de très grosses adhérences de périgastrite ou encore d'une infiltration cancéreuse étendue.

Quant au procédé en Y de Roux, il est aujourd'hui pratiquement abandonné depuis que l'on a reconnu son rôle dans l'apparition de l'ulcère peptique secondaire.

CHAPITRE II

LES STÉNOSES DU GRÊLE APRÈS GASTRO-ENTÉROSTOMIE

Après la gastro-entérostomie, il est assez fréquent de voir survenir des troubles du transit intestinal, provoqués par diverses sténoses en un point quelconque du grêle, de l'angle duodéno-jéjunal au cœcum.

Nous allons étudier ces sténoses suivant que leur apparition est déterminée par les dispositions anatomiques nouvelles créées par l'opération, par l'opération elle-même, et par l'affection qui a entraîné l'opération.

I. — STÉNOSES DÉTERMINÉES PAR LES DISPOSITIONS ANATOMIQUES NOUVELLES CRÉÉES PAR L'OPÉRATION.

1° *Sténoses en rapport avec la fixation de l'anse jéjunale à l'estomac.*

Du fait de sa fixation à l'estomac au niveau de la bouche de gastro-entérostomie, l'anse jéjunale a tendance à se couder en ce point; cette coudure, lorsqu'elle est très aiguë, peut provoquer une *gêne* importante du transit intestinal, par la formation d'un épéron qui aboutit à l'obturation de l'anse anastomotique en ses parties efférente ou afférente.

Il faut encore signaler que par suite de leur fixation, les anses afférente et efférente ne peuvent plus échapper par la fuite aux compressions possibles de voisinage, qui peuvent être évidemment l'origine de grosses gênes du transit.'

2° Sténoses en rapport avec une torsion de l'anse.

Au cours de certaines entérostomies, l'anse anastomotique peut subir une torsion, dont le résultat est à coup sûr l'apparition d'une sténose sur le trajet du grêle.

Au cours de la manœuvre de Rockwitz, par exemple, au moment d'orienter l'anse pour la mettre en isopéristaltisme avec l'estomac, il arrive qu'on lui fasse subir, par erreur, une torsion en sens contraire de celui des aiguilles d'une montre ou sens indiqué. HARTMANN et PEHAM ont observé deux cas de ce genre (obs. 33, 34).

D'autre part, PETERSEN a signalé la possibilité pour l'opérateur, au cours des gastro-entérostomies au bouton, d'infliger une torsion inconsciente à l'anse anastomotique, lors de la coaptation des deux pièces du bouton.

3° Sténoses en rapport avec la nouvelle situation des anses après l'opération.

Ces sténoses se rencontrent après les gastro-entérostomies antérieures précoliques, et sont dues à la compression des anses afférente et efférente par le côlon transverse, généralement entre ce dernier et la paroi abdominale. C'est DOYEN qui a le premier fait

connaître ce mode de production de quelques troubles du transit intestinal, après gastro-entérostomie.

4° *Sténoses en rapport avec la longueur de l'anse afférente.*

La longueur de cette anse joue un grand rôle dans l'apparition possible de sténoses du grêle après gastro-entérostomie.

En cas d'anse trop longue, la tendance à la formation d'un éperon de coudure au niveau de la bouche, est beaucoup plus marquée; ce qui augmente considérablement les chances d'apparition d'une gêne du transit en ce point, par obturation de l'anse. D'autre part, une anse trop longue décrit, de l'angle duodéno-jéjunal à l'estomac, une grande boucle, dont la courbure peut être plus ou moins aiguë, et la partie déclive plus ou moins basse par rapport à la bouche anastomotique. Autant d'éventualités qui peuvent devenir l'origine d'un obstacle au transit des sucs duodénaux par stase dans la partie déclive de l'anse (obs. 41). Il faut de plus noter qu'une distension de l'anse afférente par les sucs duodénaux est à envisager dans ce cas, et qu'elle peut devenir l'occasion d'une compression de voisinage d'une anse grêle, de l'anse efférente par exemple.

En cas d'anse courte, les *gênes* du transit grêle observées le sont après les gastro-entérostomies antérieures précoliques, et à la suite de compression de l'anse afférente par le côlon transverse.

5° *Sténose en rapport avec la migration du bouton anastomotique.*

Après les gastro-entérostomies au bouton, il peut

arriver que ce dernier s'arrête dans sa migration à travers l'intestin, et détermine ainsi un obstacle au cours des matières. MURPHY, MOYNIHAN, QUÉNU, MAYO, etc., ont relaté d'assez nombreux cas de *gênes* du transit grêle par ce mécanisme. (Obs. MAYO, obs. 32.)

6° *Sténoses par invagination rétrograde de l'anse efférente.*

L'invagination ascendante de l'anse efférente est une cause assez rare, mais grave de *gênes* du transit gastro-jéjunal; elle peut débiter au niveau même de la bouche, ou à une certaine distance au-dessous d'elle. Dans le premier cas, la tête de l'invagination passe nécessairement à travers la bouche de gastro-entérostomie; dans l'autre, elle peut atteindre la bouche, et pénétrer à son tour à travers celle-ci dans l'estomac; mais parfois elle ne l'atteint pas et reste nettement au-dessous d'elle.

La longueur du grêle invaginé dans l'estomac peut aller de quelques centimètres à un mètre comme dans le cas de DRUMMOND. (Obs. 27.)

C'est STEBER qui a publié la première observation de ce genre en 1917. Depuis, de nouveaux cas ont été publiés et TUOMIKOSKI, en 1932, pouvait en rassembler 29 dans la littérature.

7° *Sténoses en rapport avec la création d'une brèche dans le mésocôlon.*

Ces accidents ne se voient évidemment qu'après les gastro-entérostomies postérieures transmésocoliques au cours desquelles une telle brèche est pratiquée.

Une première cause de sténose peut être la rétracta-

tion cicatricelle de la brèche qui entraîne l'étranglement de l'anse anastomotique, de sa partie afférente ou efférente, ou des deux à la fois. (Obs. 18.)

Une deuxième cause est réalisée par l'invagination du grêle à travers la brèche. Cette invagination se fait généralement sous l'influence d'une traction exercée sur l'anse anastomotique, par l'estomac auquel elle est attachée; elle se produit lorsque la brèche n'a pas été fermée par fixation à l'estomac, parfois à l'anse, ou qu'elle l'a été par fixation insuffisante. La traction de l'estomac sur l'anse peut être due à des efforts de vomissement, à un estomac petit et hyperkinétique, ou encore à un estomac dilaté et plosé au moment de la gastro-entérostomie, et qui revient peu à peu sur lui-même.

L'invagination du grêle à travers l'orifice mésocôlique peut provoquer une *gêne*, soit par coudure de l'anse sur les bords de la brèche, soit par véritable étranglement herniaire.

Ce sont TERRIER et HARTMANN en 1893, ROUTIER en 1900, et MONPROFIT en 1903 qui ont attiré les premiers en France l'attention sur les accidents d'invagination du grêle à travers la brèche mécocôlique. A l'étranger, VON HACKER avait signalé lui-même la possibilité de cette invagination; par la suite, SICK, MOYNIHAN, BARKER et bien d'autres auteurs en ont publié des cas.

En 1923, OUDARD, dans une communication à la Société de Chirurgie, en rapportait deux observations très intéressantes que nous reproduisons dans notre thèse. (Obs. 14, 15.)

8° *Sténoses en rapport avec la création d'un hiatus prévertébral.*

Dans la revue des techniques, nous avons vu que la gastro-entérostomie, par l'anastomose qu'elle établissait entre l'anse jéjunale et l'estomac, formait un hiatus prévertébral limité d'arrière en avant par le péritoine pariétal, le mésocôlon et le côlon transverse en haut, par l'anse anastomotique et son mésentère en bas.

Par suite de la création de ce hiatus, des gênes importantes du transit intestinal peuvent survenir ; il arrive, en effet, que le grêle s'invagine à travers cet orifice, et qu'un obstacle au cours des matières se produise par coudure, par torsion, ou par étranglement herniaire.

L'anse grêle qui s'invagine est l'anse efférente ou une anse quelconque plus bas située. La longueur du grêle qui peut passer de droite à gauche par-dessus l'anse afférente est extrêmement variable, et dans certains cas tout le grêle jusqu'au cæcum s'est ainsi invaginé.

C'est en 1893 que la première observation de ce genre a été publiée par BUDDER. Puis PETERSEN, au Congrès allemand de chirurgie, en apporte trois nouveaux cas, et, en 1922, FROMME, à propos d'une observation personnelle, en relevait 22 analogues dans la littérature.

L'observation inédite du docteur BANZET que nous reproduisons dans notre thèse, est une observation intéressante de certains troubles du transit grêle qui peu-

vent survenir par ce mécanisme chez les anciens gastro-entérostomisés.

II. — STÉNOSES DÉTERMINÉES PAR L'ACTE OPÉRATOIRE LUI-MÊME ET PAR L'AFFECTION QUI L'A ENTRAÎNÉ.

1° *Sténoses en rapport avec l'acte opératoire lui-même.*

Après toute opération sur l'intestin, nous connaissons la fréquence des réactions du péritoine provoquées par l'irritation de cette séreuse au cours de l'intervention. Cette irritation est liée au traumatisme opératoire, aux épanchements sanguins sur le péritoine, et souvent à l'infestation légère des lymphatiques des parois intestinales, par le contenu de l'intestin toujours plus ou moins septique.

Il est évident que cette irritation porte surtout au voisinage du foyer opératoire, mais il arrive qu'elle se produise à une certaine distance de ce foyer; dans les interventions sur les parties hautes de l'intestin, en effet, du sang peut se répandre dans le péritoine, venir se collecter dans les parties déclives de la cavité abdominale et devenir à ce niveau l'origine d'une réaction péritonéale plastique par brides et adhérences (obs. 2).

Ces adhérences et ces brides par coudure ou par étranglement entraînent des sténoses plus ou moins serrées du grêle qui peuvent aller de la simple obstruction à l'occlusion aiguë par arrêt complet du cours des matières.

Au sujet de cette péritonite plastique on peut toujours discuter le rôle de l'acte opératoire, dans son apparition, et la rapporter parfois à une poussée inflammatoire spécifique, tuberculeuse par exemple ou à une simple poussée inflammatoire de voisinage; ainsi après la gastro-entérostomie les brides et adhérences hautes peuvent être rapportées à l'extension d'une péricholécystite, d'une périgastrite, etc., et les brides et adhérences basses de la portion terminale de l'iléon, à l'extension d'une pérityphlite, d'une appendicite, d'une adénite iléo-cæcale ou encore d'une annexite chez la femme.

2° *Sténoses en rapport avec l'affection qui a entraîné la gastro-entérostomie.*

a) *Ulcère.* — Depuis les recherches de MATHIEU, de DUVAL et de ses élèves sur la septicité des parois gastriques, au cours des ulcères gastro-duodénaux, on connaît l'infection latente de ces parois et des lymphatiques périgastriques.

La gastro-entérostomie, en ouvrant des espaces lymphatiques infectés, remplit les meilleures conditions requises pour la production d'une péritonite plastique post-opératoire, à savoir : traumatisme, épanchements sanguins et surtout infection. Parfois, cette péritonite existe déjà avant toute opération en rapport avec l'infection du foyer ulcéreux, et son extension est alors simplement facilitée par l'intervention.

En cas d'ulcus, on peut voir survenir après la gastro-entérostomie une complication secondaire importante, l'ulcère peptique jéjunal qui siège sur l'anse efférente

au voisinage immédiat de la bouche. Par lui-même, cet ulcère secondaire peut déjà occasionner une gêne considérable du transit gastro-jéjunal; mais il peut encore s'accompagner d'une périjéjunite avec adhérences qui aggrave cette gêne, en favorisant l'apparition d'une sténose.

Nous reproduisons dans notre thèse quelques observations déjà publiées de sténoses sous-anastomotiques par péritonite plastique après gastro-entérostomie (obs. 39, 49, 41).

b) *Cancer*. — Après les gastro-entérostomies pour cancer du pylore, surviennent certaines sténoses du grêle dues à l'évolution de la maladie cancéreuse. Elles auront pour causes, en effet, soit la simple extension de la périgastrite cancéreuse, soit des métastases néoplasiques sur les anses grêles, le péritoine, et dans le mésentère.

On trouvera dans notre thèse la reproduction de quelques observations de sténoses du grêle par extension de l'affection néoplasique (obs. 35, 36, 37, 38).

CHAPITRE III

ETUDE CLINIQUE DES STENOSES DU GRELE APRES GASTRO-ENTEROSTOMIE

Les gênes du transit grêle après gastro-entérostomie que nous venons de passer en revue, déterminent des troubles du cours des matières qui peuvent aller de la simple stase passagère à l'arrêt complet en amont de l'obstacle.

Nous étudierons ces troubles qui peuvent revêtir une allure chronique ou aiguë, suivant qu'ils sont causés par des gênes hautes ou basses.

I. — TROUBLES PAR STÉNOSES HAUTES

Les obstacles sur la partie haute du grêle peuvent siéger sur l'anse afférente ou sur l'efférente.

1° Sténoses de l'anse afférente.

Elles provoquent la stase des sucs duodénaux dans l'anse afférente. Elles se traduisent cliniquement par des brûlures et des sensations douloureuses post-prandiales, à type de pesanteur et barre épigastriques qui s'accompagnent généralement de vomissements bilieux pouvant mettre fin aux douleurs.

2° *Sténoses sur l'anse efférente.*

Ces sténoses, qui sont les plus fréquentes, se révèlent cliniquement par des douleurs, des vomissements, des signes généraux et des signes physiques; mais c'est l'examen radiologique qui permet surtout un diagnostic exact.

a) *Douleurs.* — Elles constituent souvent les seuls symptômes de la *gêne* du transit intestinal et siègent généralement dans la région sus-ombilicale. Ce sont des douleurs post-prandiales immédiates ou tardives (2 à 3 heures après les repas). Les malades se plaignent de brûlures, de sensations douloureuses, de pesanteur, de barre épigastrique et ballonnement. Parfois, ces douleurs sont aiguës et violentes, transfixiantes même, comme celles de l'ulcus peptique.

b) *Vomissements.* — Ils, sont très fréquents : en dehors des repas, ce sont des vomissements bilieux ; lorsqu'ils surviennent après les repas, ils prennent le caractère de vomissements de stase, et renferment alors des aliments en partie digérés.

c) *Signes généraux.* — L'état général est toujours plus ou moins atteint par suite des vomissements et de la restriction alimentaire que s'impose souvent le malade. On note de la fatigue et de l'amaigrissement.

d) *Signes physiques.* — A l'inspection, on peut noter parfois une légère voussure épigastrique et des mouvements péristaltiques.

A la palpation, il arrive de percevoir la tumeur néoplasique ou inflammatoire qui crée parfois la *gêne* du transit. On palpe aussi quelquefois l'anse grêle sus-

jacente à l'obstacle, quand elle est bien distendue. Dans le cas de troubles par invagination rétrograde de l'anse efférente, on peut sentir le boudin d'invagination, dans la région épigastrique, sous la forme d'une tumeur molle, douloureuse et allongée.

En présence de ce tableau clinique d'occlusion sub-aiguë chronique de la partie haute du grêle caractérisée par des douleurs et des vomissements, on peut penser, si les vomissements prédominent, à un rétrécissement de la bouche, ou encore à un ulcère peptique secondaire, si cette fois ce sont les douleurs qui prédominent. En tout cas, il est à peu près impossible de déterminer la nature exacte de la gêne du transit grêle, sans le secours de l'examen radiologique.

Examen radiologique. — On note d'abord un aspect de stase et de dilatation gastriques qui donne l'image « de la dilatation en cuvette du bas-fond gastrique » comme dans les sténoses pyloriques.

Le passage de la bouillie barytée à travers la bouche est normal.

Le baryte passe dans l'anse efférente, immédiatement très augmentée de volume, et s'accumule dans cette anse, le reste du jéjunum s'injecte lentement et difficilement à tel point qu'on n'y voit le plus souvent que quelques traces de matière opaque.

Des contractions péristaltiques violentes se produisent alors pour essayer de vaincre l'obstacle, et l'on voit s'installer un mouvement de va-et-vient de la baryte dans l'anse efférente.

Au bout d'un certain temps, il peut se produire un

reflux de la baryte, soit vers l'estomac, soit vers l'anse afférente qui peut être dilatée à son tour.

La palpation sous l'écran de l'anse dilatée est douloureuse, et l'on peut noter une certaine diminution de la mobilité de cette région, ou encore une mobilisation en bloc quand il existe une importante masse d'adhérences.

L'aspect radiologique se caractérise donc par une stase importante de la baryte dans l'anse dilatée au-dessus de l'obstacle, avec de violents mouvements péristaltiques.

Dans les cas d'invagination rétrograde de l'anse efférente dans l'estomac, on a une image radiologique spéciale, lacunaire, sur laquelle LEDOUX-LEBARD a attiré l'attention. La grande courbure revêt alors souvent un aspect convexe.

Nous venons de voir le tableau clinique d'occlusion subaiguë lente que peuvent réaliser les sténoses sous-anastomotiques du grêle après gastro-entérostomie. Mais cette occlusion subaiguë peut à chaque instant se transformer en une occlusion aiguë; parfois même c'est cette dernière seule qui révèle brusquement l'existence de la gêne du transit grêle. Nous avons alors la symptomatologie des occlusions hautes du grêle.

Le début se fait généralement par une douleur brusque et violente.

Les vomissements sont précoces, intenses, alimentaires et bilieux d'abord, puis bilieux seulement; enfin, on peut voir survenir parfois quelques vomissements fécaloïdes.

Au niveau de la région épigastrique, le ventre peut être un peu ballonné, douloureux et contracturé et animé de quelques mouvements péristaltiques.

Tout le reste du ventre est plat, souple et indolore.

L'arrêt des matières et des gaz est tardif.

Le pouls est petit, très rapide (130 à 150 pulsations). En général, pas de température, plutôt de l'hypothermie. On note de la dyspnée, de l'oligurie, et une altération précoce des traits.

Dans les cas d'occlusion aiguë, par invagination rétrograde, les vomissements bilieux deviennent rapidement sanglants, trois à quatre heures après le début des accidents. D'autre part, on perçoit souvent à la palpation le boudin caractéristique de l'invagination.

En présence de ce tableau clinique d'occlusion aiguë haute du grêle, on pourra penser à plusieurs diagnostics.

En cas d'accidents précoces, on éliminera les vomissements post-opératoires qui cèdent aux lavages répétés de l'estomac; on éliminera aussi l'arrêt des matières et des gaz en relation avec l'opération, et qui prend fin avant le troisième jour après l'administration de purgatifs; on éliminera encore la dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac, qui s'accompagne de vomissements, cédant aux lavages, de ballonnement, mais sans arrêt complet des matières et des gaz et sans vomissements fécaloïdes; enfin, il faudra éliminer aussi la péritonite post-opératoire, et la péritonite par perforation possible de l'ulcus, après gastro-entérostomie pour cette affection.

Dans ces cas, vomissements surtout porracés non fécaloïdes qui vont en se raréfiant; ventre douloureux et contracturé; pas de mouvements péristaltiques; arrêt moins complet des matières et des gaz; pouls rapide, irrégulier; hyperthermie; faciès péritonéal, yeux excavés, nez pincé, etc.

En cas d'accidents tardifs, on éliminera les diverses péritonites, en particulier celles qui peuvent être liées à la perforation de l'ulcère primitif ou d'un ulcère peptique secondaire, lorsque l'intervention a été pratiquée pour une lésion gastrique de cette nature.

Ces occlusions sont toujours graves et le sort des malades dépend de la rapidité de l'opération.

Nous plaçons ici l'observation du Docteur BANZET parce que c'est l'une des deux observations inédites que nous publions dans notre thèse, et parce qu'elle est aussi très démonstrative des troubles du transit grêle par sténose sous-anastomotique après gastro-entérostomie.

OBSERVATION DU DOCTEUR BANZET

OBS. I. — M. C., 39 ans, consulte en décembre 1931. Très bien portant jusqu'à la guerre, il a présenté pendant celle-ci des phénomènes de gastrite aiguë : hyperacidité, brûlures douloureuses survenant une heure après les repas, calmées par les alcalins ou par des vomissements hyperacides. Cet épisode dure une dizaine de jours, puis tout rentre dans l'ordre.

Nouvelle crise en 1922. On refait le diagnostic d'hyperacidité sans lésion organique. Très améliorée par le traitement : bismuth et belladone.

En 1926, nouvelle crise. On pose le diagnostic d'ulcère duodénal; le malade est amélioré par un traitement médical; mais il persiste des sensations douloureuses dans l'hypocondre droit apparaissant trois heures après les repas; jamais de vomissements; crises de diarrhée post-prandiale.

En 1931, reprise des crises, consistant en brûlures post-prandiales; la douleur de l'hypocondre droit a disparu, mais est réveillée par la palpation; jamais de vomissements; alternatives de diarrhée et de constipation; pas d'amaigrissement notable. Un examen radioscopique montre un petit estomac hyperkinétique dont l'évacuation est légèrement retardée. Au bord gauche du bulbe, il existe une encoche permanente, qui fait poser le diagnostic d'ulcère duodénal.

Opération le 6 janvier 1932 (anesthésie locale).

Médiane sus-ombilicale; on constate une cicatrice blanchâtre, étoilée, de la face antérieure du duodénum à deux travers de doigt du pylore; la paroi duodénale est légèrement indurée au niveau de la cicatrice, mais parfaitement souple partout ailleurs.

La vésicule biliaire est un peu dilatée, mais d'apparence normale, et ne contient pas de calculs.

On décide de faire une gastro-entérostomie; la bouche est pratiquée très près du pylore, sur la berge postérieure de la grande courbure; sutures bords à bords en deux plans (muco-muqueux et musculo-muscleux) au catgut; fixation de l'estomac à la brèche mésocolique; parois à la soie.

Les suites opératoires sont normales; mais le soir du troisième jour le malade présente quelques vomissements bilieux; ces vomissements durent toute la nuit, et ne cessent que le lendemain à la suite d'un lavage d'estomac.

Le malade quitte la maison de santé le neuvième jour.

Dans les semaines qui suivent, l'état paraît satisfaisant; puis, s'installe un syndrome caractérisé par des douleurs, après les repas, et la nuit, le malade est réveillé par des brûlures gastriques, suivies de nausées et aboutissant à un grand vomissement de bile qui amène un soulagement immédiat. Pendant la journée, crises de brûlures, renvois, mais pas de vomissements.

Un examen radioscopique pratiqué par le Docteur LAGARENNE donne les résultats suivants :

Stase importante à jeun; après ingestion d'un repas baryté, on voit que rien ne passe par la bouche; l'évacuation de l'estomac se fait en totalité par le pylore; le duodénum très dilaté présente des mouvements antipéristaltiques intenses à partir de l'angle duodéno-jéjunal, l'intestin semble redescendre, accolé en canon de fusil à la quatrième portion du duodénum; puis il dessine plusieurs boucles pour se diriger de droite à gauche et venir se fixer, à la grande courbure, au point qui semble correspondre à l'anastomose et au niveau duquel aucun passage ne s'effectue.

Toute la portion de l'intestin située entre l'angle duodéno-jéjunal et le niveau de l'anastomose est fortement dilatée et animée de mouvements antipéristaltiques; ce n'est qu'après une longue période de stase dans la première portion du jéjunum que l'on voit l'intestin grêle se remplir.

« Cette image radiologique est assez surprenante; elle montre, en effet, une assez longue portion d'intestin entre l'angle duodéno-jéjunal et l'anastomose. La gastro-entérostomose aurait donc été faite sur anse longue; de plus, l'anse anastomotique est dirigée de droite à gauche, alors qu'on avait pensé faire l'anastomose sur une anse dirigée de gauche à droite. On envisage

comme seule explication possible de ces faits une erreur d'exploration au moment du choix de l'anse anastomotique; le malade extrêmement nerveux avait, en effet, particulièrement poussé à ce moment de l'intervention ».

Cependant, en présence du syndrome clinique présenté par le malade, et de l'image radiologique tout à fait anormale, on décide de réintervenir avec l'intention de pratiquer une jéjuno-jéjunostomie.

Sur ces entrefaites, par le traitement médical (belladone), l'état s'améliore, et le malade refuse l'intervention proposée. Il n'est revu qu'en décembre 1932. A cette époque, les brûlures ont beaucoup diminué, mais les sensations d'évacuations gastriques pénibles persistent; de temps en temps, la nuit, d'abondants vomissements de bile se produisent.

Deux examens radioscopiques pratiqués, l'un par le Docteur ROCHET, l'autre par le Docteur DELALANDE, montrent que l'image observée par le Docteur LAGARENNE persiste.

Réintervention le 19 décembre 1932 (sous anesthésie générale).

Médiane sus-ombilicale; l'estomac apparaît comme normal. La cicatrice blanchâtre de la face antérieure du duodénum ne semble pas avoir évolué. Relevant l'estomac, le côlon et son méso, on constate :

1° Que le duodénum est normal et ne présente aucune dilatation;

2° Que la gastro-entérostomie absolument perméable a été faite comme on le pensait sur anse courte, orientée de gauche à droite et non de droite à gauche comme l'avait montré la radiographie;

3° A partir de l'anastomose, le grêle est fortement dilaté, dessinant plusieurs boucles, et disparaît dans un orifice compris entre l'angle duodéno-jéjunal en

bas, l'anastomose en haut, le mésocôlon en arrière, l'anse anastomotique en avant. Par ce même orifice au-dessous de l'anse dilatée, on voit sortir un fragment de grêle normal, qui après un trajet d'une vingtaine de centimètres environ aboutit au cæcum. La presque totalité du grêle s'est invaginée à travers l'orifice ci-dessus décrit, et logée sous le mésocôlon à gauche du mésentère.

L'opération très simple consiste à désinvaginer l'intestin grêle et à fermer l'orifice en suturant à la soie l'anse anastomotique à la face inférieure du mésocôlon.

Les suites opératoires sont normales et le malade quitte la maison de santé au bout de dix jours, débarrassé de ses vomissements, mais se plaignant encore de brûlures gastriques.

Une nouvelle radiographie pratiquée par le Docteur LAGARENNE montre qu'il n'y a plus de liquide de stase à jeun. Après ingestion d'un repas baryté, rien ne passe par le pylore et la totalité du contenu gastrique s'évacue par l'anastomose. La première portion du grêle reste dilatée avec quelques mouvements antipéristaltiques.

« En comparant ce cliché avec ceux pris un an auparavant, on voit très nettement l'erreur d'interprétation qui avait été commise et qui était fatale. Déjà, à cette époque, l'estomac se vidait par la bouche; la portion de grêle dilatée faisant suite à l'anastomose avait réalisé une fausse image de duodénum, d'angle duodéno-jéjunal et de début d'iléon. Le point où le grêle venait s'étrangler entre le mésocôlon et l'anse anastomotique recouvert par l'estomac en position verticale, donnait la fausse image d'anastomose. »

Dans les mois qui ont suivi, le malade, très soulagé, a continué cependant à présenter de temps en temps quelques vomissements de bile.

Une nouvelle radiographie pratiquée en novembre 1933 a montré que le début du grêle restait dilaté, avec quelques mouvements antipéristaltiques et une évacuation difficile du repas baryté, hors les premières anses jéjunales.

Il existe peut-être là des adhérences qui gênent un peu le transit intestinal.

II. — TROUBLES PAR STÉNOSES BASSES

De même que les sténoses hautes, les sténoses basses peuvent se traduire par un syndrome d'occlusion sub-aiguë chronique qui peut aboutir à tout moment à une occlusion aiguë. Elles peuvent aussi se traduire d'emblée par une occlusion intestinale aiguë.

1° *Occlusion chronique.*

Elle se caractérise par des crises douloureuses abdominales à type de coliques, qui se produisent en un point fixe d'où elles peuvent irradier dans les autres parties de l'abdomen. Ces coliques extrêmement douloureuses parfois, peuvent s'accompagner d'ondes péristaltiques visibles sur la paroi, d'un léger ballonnement localisé du ventre, d'arrêt passager des matières et des gaz, et parfois de quelques vomissements. Elles se terminent souvent par des bruits hydro-gazeux, perçus par le malade lui-même, réalisant le syndrome de KOENIG.

Quelques symptômes généraux en rapport avec la toxémie intestinale peuvent apparaître: nausées, céphalées, vertiges.

Au point de vue radiologique, on a des images par

défaut de réplétion du tractus grêle; en amont de l'obstacle l'anse intestinale est dilatée et peut former des cavités ampullaires avec images hydro-aériques, visibles même sans repas opaque. On note encore à ce niveau des mouvements péristaltiques violents de l'intestin pour forcer l'obstacle qui s'oppose au cours normal des matières.

2° *Occlusion basse aiguë.*

Le début est brusque par une douleur violente en un point quelconque de l'abdomen. Presque aussitôt se produisent des vomissements, d'abord alimentaires, puis bilieux, enfin fécaloïdes.

L'abdomen se ballonne en un point d'abord, puis le météorisme se généralise, faisant saillir le ventre en avant tandis que les flancs restent aplatis.

On peut voir se dessiner des ondes péristaltiques sur les parois de l'abdomen. A la palpation, le ventre est souple, parfois douloureux au niveau de l'obstacle, où se produisent alors de violentes contractions que l'on peut percevoir à la main.

L'arrêt des matières et des gaz est absolu.

L'état général s'aggrave rapidement; le visage est altéré, le pouls est rapide et petit, 130 à 150 pulsations. La température subit des oscillations anormales, la respiration est pénible, les urines rares.

La mort survient dans l'hyperthermie dans un délai variable.

Le diagnostic sera à faire avec les diverses péritonites aiguës.

Ici encore, dès les premiers signes d'occlusion, il vaudra mieux opérer au plus tôt.

Nous allons relater ici l'observation recueillie dans le service du Professeur LÖEPER, qui concerne une occlusion aiguë basse survenue chez un ancien gastro-entérostomisé après des phénomènes d'obstruction subaiguë chronique.

OBS. II. — *Occlusion basse par brides et adhérences de la région iléo-cæcale après gastro-entérostomie.*

D., âgé de quarante ans, subit en mars 1930 une gastro-entérostomie pour ulcère pylorique.

Les suites opératoires sont normales jusqu'au dixième jour où le malade, après une forte élévation thermique accompagnée de violentes douleurs dans le petit bassin, évacue spontanément un abcès du Douglas dans le rectum.

En août 1930, le malade recommence à souffrir; sensations douloureuses de pesanteur et de gonflement dans la région épigastrique après les repas, accompagnées de vomissements acides abondants. En même temps, on note des douleurs sourdes continuelles dans le bas-ventre avec constipation intermittente.

En août 1931, après un an de souffrances, le malade est vu à la consultation du Professeur LÖEPER, qui ordonne une série d'injections de pepsine. Disparition des douleurs et des vomissements. Pendant un an, le malade ne souffre plus et ne suit aucun régime.

En août 1932, il revient à la consultation pour les mêmes symptômes que précédemment; vomissements acides abondants, douleurs épigastriques post-prandiales, douleurs abdominales sourdes avec constipation. Le malade est alors soumis à un traitement au méso-

thorium (une douzaine d'injections) qui amène rapidement la cessation de tous les troubles.

En octobre 1932, le malade note l'apparition intermittente de douleurs abdominales à type de coliques s'accompagnant de constipation; mais il ne s'en préoccupe guère et ne consulte pas.

Le 7 janvier 1934, brusquement dans la matinée, le malade ressent une douleur abdominale violente qui se généralise et dont l'intensité va en augmentant. C'est encore une douleur à type de coliques. Dans l'après-midi, il y a une rémission complète des douleurs.

Le 8 janvier au matin, les coliques réapparaissent plus violentes que la veille et dans la nuit du 8 au 9 surviennent des vomissements nombreux bilieux d'abord puis fécaloïdes.

Le 9 janvier, les vomissements continuent et s'accompagnent de l'arrêt complet des matières et des gaz.

Le 10, le malade est hospitalisé dans le service du Professeur LOEPER; les douleurs se sont calmées, les vomissements ont disparu, mais toujours ni selles ni gaz.

Le 15, les coliques reprennent plus violentes, ainsi que les vomissements. On décide d'intervenir.

INTERVENTION PAR LE DOCTEUR BANZET

Anesthésie générale à l'éther.

Laparatomie médiane sus-ombilicale passant par l'ancienne cicatrice.

On constate qu'il existe un bloc d'adhérences qui unissent le colon transverse à la paroi bloquant complètement l'étagé sus-mésocolique de l'abdomen.

Dans l'étage sous-mésocolique, le grêle est dilaté du calibre d'un avant-bras d'enfant.

Toutes les anses grêles que l'on aperçoit sont également dilatées. Le cœcum est aplati et on trouve une épaisse bride épiploïque qui étrangle la partie toute terminale du grêle et se fixe dans le bassin. La section de cette bride produit aussitôt le remplissage de la partie d'intestin située entre la bride et le cœcum. La dernière anse iléale est de plus fixée dans le bassin par des brides cicatricielles qui sont sectionnées. Il en existe également qui accolent le côlon pelvien à la paroi postérieure (Libération).

L'appendice est sain.

On termine l'opération par une exploration sommaire de l'étage sus-mésocolique : On découvre au milieu des adhérences la paroi antérieure de l'estomac. La bouche de gastro-entérostomie semble perméable. Paroi en un plan à la soie.

« Etant donnée l'occlusion du grêle, l'exploration de l'estomac a été très sommaire ; il y aura avantage ultérieurement à examiner à la radio le fonctionnement de la gastro-entérostomie et l'état de l'estomac. Il est vraisemblable que ce malade bénéficierait d'une libération des adhérences péri-gastriques qu'il présente. »

Complications pulmonaires post-opératoires.

Le malade ne souffre plus et commence à s'alimenter.

OBS. 24. — Observation analogue de HARTERT.

OBSERVATIONS

OBS. I. — (Cas BANZET).

OBS. II. — (Cas LOEPER).

I

Observation de sténoses du grêle par invagination du grêle dans le hiatus prévertébral créé par l'opération

OBS. 3. (BUDDER). — *Deutsche Médical Wochenschrift*, 1897).

Engagement de l'anse éfférente et secondairement de tout l'intestin grêle en avant de la colonne vertébrale, en arrière et au-dessus de l'anse afférente et du mésentère, au-dessous du mésocôlon, avec torsion consécutive.

Gastro-entérostomie. Neuf jours après, mort à la suite de vomissements persistants.

OBS. 4. (MAYO). — *Annals of Surgery, Philadelphie*, 1902.

Etranglement de la moitié du grêle ayant passé par-dessus l'anse afférente et son attache mésentérique après une gastro-entérostomie antérieure au bouton de MURPHY.

Torsion du segment intestinal anastomosé.

Un an après la gastro-entérostomie, douleurs épigastriques, tiraillements, vomissements.

INTERVENTION

Incarcération du grêle dans le hiatus prévertébral.

OBS. 5. (PÉTERSEN). — *Archiv. für Klin. Chir.*, Berlin, 1900).

Engagement de l'anse efférente au-dessus de l'afférente. Adhérences à la grande courbure de l'estomac et au mésocôlon rendant fixe ce déplacement sans signes d'occlusion.

OBS. 6. (RIGOLLOT-SIMONNET). — *Thèse Paris*, 1907-1908.

Quatorze mois après une gastro-entérostomie, brusquement, douleurs abdominales en barre, violentes ; puis vomissements bilieux ; le lendemain vomissements fécaloïdes. Ni gaz, ni matières.

Le surlendemain, vomissements fécaloïdes. Température 36°8. Pouls à 110, filant.

Ni ballonnement, ni voussure ; mais contracture et douleurs dans l'étage sus-ombilical.

On fait le diagnostic d'occlusion haute du grêle par étranglement à sa partie initiale par bride de périgastite.

INTERVENTION

Cœcum vide. En dévidant le grêle vers le duodénum ; arrêt à plus d'un mètre de l'angle duodéno-jéjunal ; là, l'intestin s'engage dans un hiatus situé au-dessous du mésocôlon, et par traction douce on dégage une anse de 0 m. 75 environ qui s'y était étranglée.

Fermeture du hiatus, par points au catgut, prenant le mésocôlon en haut, le bord libre du repli du mésentère en bas.

OBS. 7. (BRYAN). — *Surgery Gynecology and obstetrics*.
Tome xxx, N° 1, janvier 1920, p. 82.

Etranglement interne récidivant consécutif à une gastro-entérostomie.

1^{re} Opération.

Suture de perforation duodénale. Drainage du DOUGLAS. Trois semaines après brûlures gastriques.

2^o Opération.

Gastro-entérostomie postérieure et appendicectomie.

3^o Opération.

Dix jours après la deuxième, le malade a présenté soudain des vomissements fécaloïdes et hémorragiques un état de shock prononcé, un pouls à 150, un abaissement de la température.

Opération deux jours après. On constate que tout le grêle est passé à gauche du mésentère derrière l'anse afférente. Etranglement. Réduction.

4^o Opération.

Cinq jours après la précédente, pour phénomènes d'occlusion analogues.

Même disposition du grêle invaginé dans le hiatus.

Réduction. Fixation de l'anse efférente au péritoine de la paroi abdominale antérieure.

Guérison.

(J. Ch. ROUX (*Journal de Chirurgie*, 1920).

OBS. 8 (BRÜTT). — Sur la question de l'étranglement interne après la gastro-entérostomie postérieure (*Zentralblatt für Chirurgie*, 1921, Tome 48, N° 9, p. 302).

Le malade âgé de 31 ans, avait été opéré pour perforation d'un ulcère pylorique; après suture de la perforation, gastro-entérostomie postérieure sur anse courte. Le malade qui avait mangé peu de temps

avant la perforation, vomit abondamment à la fin de l'opération.

Le surlendemain, les vomissements réapparurent très abondants, fétides, verdâtres. Le ventre restait plat, indolore. L'état s'aggravant de plus en plus on fit le diagnostic d'occlusion haute du jéjunum et le quatrième jour on se décida à réintervenir. On trouva l'estomac très dilaté, l'intestin grêle vide et aplati transporté en masse dans le côté gauche du ventre. il s'était engagé derrière l'anse jéjunale afférents et étranglé dans la fente étroite que faisait celle-ci avec le péritoine pariétal postérieur. Comme il n'y avait pas encore d'altérations graves de l'intestin, celui-ci pût être réduit et la fente fut oblitérée par quelques points de sutures.

Les accidents d'occlusions guérissent immédiatement et le malade guérit finalement non sans avoir présenté de graves complications pleuro-pulmonaires (Ch. LENORMANT, *Journal de Chirurgie*, 1920).

OBS. 9 (FROMME). — Sur une forme rare d'occlusion après la gastro-entérostomie (*Zentralblatt für Chirurgie*, 1920, Tome 47, N° 50, p. 1505).

Chez un homme de 56 ans atteint d'ulcère pylorique, après pylorectomie on avait pratiqué une gastro-entérostomie postérieure transmésocolique ; pour éviter la coudure de l'anse efférente, celle-ci avait été fixée à l'estomac par deux points de suspension.

Après deux jours passés sans incidents, le malade présente des signes d'occlusion aiguë à marche foudroyante, et il succombe le quatrième jour avant que l'on eût pu poser un diagnostic ferme et se décider à intervenir.

A l'autopsie, on constate que la presque totalité de l'intestin grêle s'est engagée de droite à gauche dans

la fente que limitent en avant l'anse anastomotique et son méso en arrière le péritoine pariétal et le méso-côlon, si bien que seule la partie terminale de l'iléon sur une longueur d'un mètre est restée en position normale. Ce transport en masse de l'intestin a déterminé une coudure accentuée de l'anse efférente et même une torsion de l'estomac au niveau de la bouche anastomotique.

(Charles LENORMANT. *Journal de Chirurgie*, 1921. Tome XVII.).

OBS. 10 (KEENE). — Un cas d'obstruction aiguë à la suite de gastro-entérostomie. (*British Journal of Surgery*, Tome XII, N° 48, avril 1925, page 791).

Etranglement de tout l'intestin grêle dans la boucle d'une anse afférente trop longue, par passage de l'intestin grêle de droite à gauche.

Etat très grave. Pouls à 160. Langue sèche. On hésite à opérer.

Opération. Réduction.

Guérison rapide.

II

Observations de sténoses du grêle par invagination du grêle à travers la brèche mésocolique

OBS. 11. (SICK). — *Deutsche Medical Wochenschrift*, 1893, p. 875.

Gastro-entérostomie postérieure ; engagement du grêle dans la boutonnière mésocolique sans étranglement véritable.

(Thèse RIGOLLOT-SIMONNET, Paris, 1907-1908).

OBS. 12 (TERRIER et HARTMANN). — *Chirurgie de l'estomac*, 1899.

Gastro-entérostomie postérieure, transmésocolique. Etranglement dans la brèche mésocolique.

OBS. 13 (HARTMANN). — Etranglement du grêle dans la brèche mésocolique après gastro-entérostomie.

Gastro-entérostomie postérieure pour rétrécissement cicatriciel du pylore.

Vomissements toute la nuit. Le lendemain, un lavage d'estomac retire trois litres d'un liquide brun fétide. Le deuxième jour, un lavage ramène encore une grande quantité de bile et de sang.

Intervention avec entéro-anastomose au bouton de MURPHY. Mort le soir.

Autopsie.: Pas de péritonite. Etranglement des deux anses grêles afférente et efférente dans la brèche du mésocôlon.

(Thèse ASTAIX, Paris, 1924).

OBS. 14. (OUDART). — Ulcère du duodénum, exclusion et gastro-entérostomie postérieure transmésocolique. Occlusion haute post-opératoire dans la brèche du mésocôlon. Opération. Guérison.

M... — Ulcère de la région pylorique. Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique à anse courte. Mésos, très gros tendu, épais. Fixation du cône stomacal au méso par trois points. Exclusion du pylore.

Dans les jours suivants l'opération, sensation de plénitude de l'estomac avec tiraillements douloureux et vomissements bilieux abondants. Deux grands lavages d'estomac par jour ramène une abondante quantité de liquide bilieux. Abdomen souple, affaissé, non douloureux. Faciès plombé, anxiété. Pas de fièvre. Pouls régulier à 80.

Le sixième jour, devant la persistance des vomissements, diagnostic d'occlusion.

Une radioscopie, après lavage et repas bismuthé, montre une large frange de bismuth, qui s'engage dans la bouche, suit un trajet descendant, légèrement oblique qui se relève en crochet (anse afférente), puis tout remonte dans l'estomac. Rien ne passe dans l'anse efférente. Rien par le pyllore.

INTERVENTION

Tous les points du méso ont lâché. L'estomac est remonté entraînant l'anastomose qui s'engage dans le méso ; la branche efférente s'est coudée sur le méso ; l'anse afférente reste seule perméable. Débridement du méso. Estomac et bouche sont attirés en bas. Fixation soigneuse de l'estomac. Jéjuno-jéjunostomie complémentaire. Guérison.

(*Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1923).

OBS. 15. (OUDARD). — Occlusion haute tardive par adhérences épiploïques, avec invagination du grêle à travers la brèche mésocolique.

L... Georges. — Gastro-entérostomie en 1921, pour ulcère pylorique. Le troisième jour, nausées et sensations de plénitude de l'estomac, avec fièvre, qui nécessitent des lavages d'estomac.

Quatre mois après, vomissements verdâtres se reproduisant tous les quinze jours à un moment quelconque du jour ou de la nuit. Vomissements de un demi-litre à un litre précédés d'une sensation de plénitude de l'estomac. Dans l'intervalle, pas de malaises particuliers. Le malade éprouve cependant toujours depuis l'intervention quelques difficultés à redresser le

buste après une station assise, avec tiraillements dans la région épigastrique.

En octobre 1922, brusquement à 4 heures du matin, coliques violentes se reproduisant toutes les demi-heures. Commence à vomir dans l'après-midi à 14 h. Vomissements incessants toute la nuit. Environ deux grands seaux de liquide verdâtre. Ni selles, ni gaz.

A 17 heures, le lendemain, faciès altéré, angoissé, yeux excavés. Pas de défense abdominale. Ventre plat dans son étage inférieur, un peu ballonné dans la région ombilicale et dans l'étage supérieur. Bruits liquidiens. Endolorissement de cette région, sans rien de précis. Diagnostic d'occlusion.

INTERVENTION

Au-dessus du mésocôlon, paquet d'épiploon aggloméré et d'anses grêles. On se rend compte qu'un décollement colo-épiploïque a été pratiqué lors de la première opération. On soulève le côlon transverse et on aperçoit à travers la brèche mésocolique une anse grêle engagée, affaissée. On attire deux mètres de grêle, non distendus, logés au-dessus du méso, dans l'arrière cavité des épiploons. Puis, l'intestin ne vient plus ; il tient solidement par l'anastomose qui se trouve à deux travers de doigt au-dessus de la brèche mésocolique, enfoui dans une grosse masse d'épiploïte. Il est impossible de l'abaisser. On libère l'épiploon par décollement et section de plusieurs franges épaissies et solidement fixées tant à la suture qu'à l'estomac et à l'anse jéjunale. Aussitôt cette libération exécutée, il devient facile d'attirer l'estomac et la bouche dans la brèche. A ce moment, brusquement le grêle se remplit, l'obstacle est levé. Fixation de la brèche anastomotique au cône stomacal.

Guérison.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1923).

OBS. 16. (IRWIN). — Un cas de hernie trans-mésocolique après gastro-entérostomie. *The Lancet*, tome 212, N° 5393, 8 janvier 1927, page 75).

Un autre cas observé il y a vingt ans. Mort.

Complication exceptionnelle à l'heure actuelle où l'on suture la brèche mésocolique à l'estomac.

OBS. 17. (GUTIERREZ). — Sur l'invagination de l'anastomose gastro-jéjunale à travers la brèche mésocolique.

(*Revista de Cirurgia*, an V, N° 11, page 509).

L'auteur a vu deux fois cette grave complication. Une fois engagement intestinal partiel. Une autre fois engagement intestinal total.

Premier cas. — Pyloro-gastrectomie. Polya pour néoplasme. Au septième jour, vomissements abondants ne cédant pas au lavage.

Réintervention. — Invagination de l'intestin grêle dans la brèche mésocolique. Désinvagination et fixation de la brèche par quelques points à l'estomac. Mort.

Deuxième cas. — Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique pour ulcère pylorique.

Vomissements le quatrième jour.

Réintervention. — Anse afférente comprimée par invagination partielle à travers la brèche mésocolique. Désinvagination. Fixation.

Mort.

OBS. 18. (TORRACA). — Etranglement de l'anse anastomotique dans l'incision mésocolique, dans un cas

de gastro-entérostomie postérieure (*Zentralblatt für Chirurgie*, Tome 59, N° 11 ; mars 1932, page 652).

Gastro-entérostomie postérieure chez un homme de 34 ans, pour ulcère du bulbe duodénal ; les bords de la brèche mésocolique sont suturés à l'anse intestinale. Au cinquième jour, le malade vomit de la bile. Les lavages gastriques atténuent ces vomissements jusqu'au onzième jour, où ils reprennent avec plus de fréquence et d'intensité.

Réintervention. — Etranglement de l'anse anastomosée dans la brèche mésocolique dont les bords se sont rétractés et sont recouverts d'épais exsudats fibrineux. Libération des adhérences. Agrandissement de la brèche mésocolique et fixation de ses bords à l'estomac. Guérison.

(Charles LENORMANT, *Journal de Chirurgie*, 1932. Tome 39).

III

Observations de sténoses du grêle par invagination rétrograde de l'anse efférente

OBS. 19 (SEBER). — (MUNCHENER, *Méd. Worch.*, 1917).

La bouche de gastro-entérostomie formait le collet de l'invagination survenue un an et demi après l'opération.

OBS. 20. (WARREN). — Invagination rétrograde du jéjunum à travers une bouche de gastro-entérostomie. (*The Lancet*, Tome 197, N° 5014, octobre 1929, page 615).

Douze ans après gastro-entérostomie, apparition de douleurs après les repas calmées par des vomissements. Puis, violente crise douloureuse avec hématoméses. Faciès péritonéal, pouls à 100, vomissements répétés, bilieux d'abord, sanglants ensuite. Abdomen flasque. Masse allongée au-dessus et à gauche de l'ombilic.

Intervention. — Invagination du jéjunum dans l'estomac sur une longueur de vingt centimètres. Réduction. Mort par complications pulmonaires.

(GUIBE, *Journal de Chirurgie*, 1920).

OBS. 21. (SCHLOESSMANN). — Invagination rétrograde dans l'estomac après gastro-entérostomie (*Zentralblatt für Chirurgie*, Tome 48, octobre 1921, N° 42, p. 1538).

Femme de 42 ans. Gastro-entérostomie postérieure pour ulcus dix ans auparavant. Depuis peu, crampes d'estomac avec vomissements. Subitement après un effort, douleurs abdominales violentes, vomissements incessants, bilieux d'abord, sanglants au bout de vingt-quatre heures. A l'examen, ventre souple ; mais à la hauteur de l'ombilic on sent une tumeur transversale grosse comme le poing ; l'épigastre est contracturé et douloureux.

Opération. — Invagination de l'anse grêle efférente qui s'est engagée dans la bouche gastrique et fait saillie dans l'estomac sur une longueur de quarante centimètres. Désinvagination facile. Guérison.

(Charles LENORMANT, *J. de Ch.*, 1922, Tome 19).

OBS. 22. (ARNBERGER). — Invagination de l'intestin grêle dans l'anse efférente d'une gastro-entérostomie antérieure. (*Zentralblatt für Chirurgie*, Tome 48, p. 1538).

Homme de 43 ans. Gastro-entérostomie antérieure

depuis sept ans, avec jéjuno-jéjunostomie pour sténose pylorique.

Brusquement, douleurs abdominales violentes, arrêt des matières et des gaz, vomissements fécaloïdes. Ventre météorisé, avec ondulations péristaltiques, surtout dans la région ombilicale.

Opération. — Invagination rétrograde de l'anse efférente dont le sommet n'atteint pas le niveau de la bouche jéjuno-jéjunale et reste à dix ou quinze centimètres de l'orifice gastrique. Resection du segment invaginé, entérorraphie latéro-latérale.

Guérison.

(Charles LENORMANT, *J. de Ch.*, 1922, T. 19).

OB. 23. (BAUMANN). — Invagination ascendante du jéjunum après gastro-entérostomie (*Zentralblatt für Chirurgie*, T. 48, N° 42, p. 1538).

Gastro-entérostomie antérieure avec jéjuno-jéjunostomie.

Accidents d'invagination à deux reprises.

1° *Opération.* — Invagination limitée à l'anse efférente. La tête de l'invagination reste au-dessous de l'anastomose jéjunale.

2° *Opération.* — Invagination s'étendant sur une hauteur de soixante-dix centimètres. La tête pénètre dans l'estomac à travers la bouche gastrique. Désinvagination. Guérison.

(Ch. LENORMANT, *J. de Chirurgie*, Tome 19, 1922).

OB. 24. (HARTERT). — Invagination de l'intestin grêle dans l'estomac après gastro-entérostomie. (*Zentralblatt f. Chirurgie*, 1921, T. 48, p. 1154).

Malade âgé de 31 ans. Gastro-entérostomie postérieure en octobre 1919 pour ulcère gastrique. Guérison.

En août 1920, brusquement coliques et vomissements ; le lendemain, exaspération des douleurs, apparition de vomissements sanglants.

A l'examen, partie inférieure du ventre souple, mais partie supérieure distendue, contracturée, et l'on y sent nettement sous le rebord costal gauche une tumeur grosse comme le poing.

Opération. — On trouve un paquet d'anses grêles congestionnées entre le côlon transverse et l'estomac ; une de ces anses est tendue et fixée par en haut ; à travers la paroi gastrique on sent une tumeur allongée, boudinée, élastique. Invagination de l'anse efférente dans l'estomac à travers la bouche de gastro-entérostomie sur une longueur de trente centimètres. Désinvagination. Guérison.

En février 1921, nouveaux accidents d'occlusion siégeant cette fois sur la partie terminale du grêle et causée par une bride intra-péritonéale.

Guérison après intervention.

(Ch. LENORMANT, *Journal de Chirurgie*, 1922, T. 19).

OBS. 25. (ARSNPERGER). — Invagination rétrograde de l'intestin grêle après gastro-entérostomie (*Zentralb. für Chirurgie*, 1922. Tome 49, p. 190).

Femme gastro-entérostomisée en 1908 pour ulcère sténosant du pylore. Gastro-entérostomie postérieure. Huit jours après accident de circulus. Entéro-anastomosé. Guérison pendant onze ans.

En octobre 1919, brusquement, douleurs violentes dans la région gastrique et vomissements marc de café.

A la palpation, résistance profonde dans l'hypocondre gauche. Le lendemain, diagnostic d'occlusion haute.

INTERVENTION

Invagination rétrograde de l'intestin grêle dans la branche efférente de l'anse anastomosée à l'estomac. La tête de l'invagination est à vingt centimètres environ de la bouche gastrique au niveau de l'entéro-anastomose.

Désinvagination.

Guérison.

(Ch. LENORMANT, *Journ. de Chirurgie*, 1922, T. 20).

OBS. 26. (LUNDBERG). — Invagination rétrograde du grêle après gastro-entérostomie (*Acta Chirurgica Scandinavica*, 1922, Vol. 54, p. 423).

Femme de 41 ans, ayant subi en 1911, une pylorectomie suivie de gastro-entérostomie antérieure pour ulcère calleux.

En janvier 1921, douleurs épigastriques violentes, avec vomissements bilieux, puis sanglants. Malade très fatiguée, pâle ; pouls dépressible à 100. Pas de température.

Ventre plat, souple, indolore à la palpation, ce qui permet de sentir nettement au-dessous du rebord costal gauche, une tumeur lisse allongée transversalement, large de deux travers de doigt.

Les jours suivants, les hémorragies gastriques qui avaient profondément anémié la malade cessent. La température monte à 39°2 et la malade meurt deux jours après le début des accidents.

A l'autopsie. Invagination rétrograde de l'anse efférente jéjunale longue de vingt centimètres et dont la tête remonte jusqu'à la bouche de gastro-entérostomie.

(MÉTIVET, *Journal de Chirurgie*, 1923, Tome 20).

OBS. 27 (DRUMMOND). — Invagination rétrograde de l'intestin grêle après la gastro-entérostomie (*British Journal of Surgery*, Vol. 11, N° 41, p. 79).

Malade opéré à l'âge de 19 ans pour sténose ulcéreuse du pylore. Gastro-entérostomie en Y. Réopéré trois ans plus tard pour sténose de la nouvelle bouche. Guérison jusqu'en 1922.

En 1922, brusquement douleurs violentes épigastriques, avec vomissements bilieux d'abord, sanglants ensuite.

Opération. — Invagination de plus d'un mètre de grêle dans l'estomac. Réduction.

(Ch. DUJARRIER, *J. de Chirurgie*, 1924, T. 23).

OBS. 28. (SHEARER et PICKFORD). — Invagination du grêle dans l'estomac à travers une bouche de gastro-entérostomie (*Annals of Surgery*, Vol. 87, avril 1928, p. 514).

Femme de 41 ans, gastro-entérostomisée sept ans auparavant pour ulcus duodénal. Depuis, à chaque menstrue, douleurs épigastriques, nausées, vomissements marc de café, vingt à trente minutes après les repas.

Brusquement douleurs violentes, vomissements et diarrhée noire. Tuméfaction molle et douloureuse à gauche et au-dessus de l'ombilic.

Opération. — Invagination du jéjunum dans l'estomac, commençant à 15 centimètres de la bouche. Désinvagination et fixation au mésocolon.

Guérison depuis deux ans.

OBS. 29 (SUMMERS). — *Archives of Surgery*, Vol. 19, n° 2, p. 291. Gastro-entérostomie pour ulcus duodénal.

Au troisième jour, douleurs violentes dans le cadran inférieur droit. Arrêt des matières et des gaz.

1u 12^e jour, opération.

Invagination du grêle à travers la bouche du gastro-entérostomie. Désinvagination. Guérison.

OBS. 30 (TUOMIKOSKI). — Invagination ascendante du grêle après gastro-entérostomie. (*Acta societatis medicorum Fennicæ* « Duodecim », série B, tome 15, n^o 10, Novembre 31, p. 1).

En 1910, suture d'un ulcère pylorique perforé. En 1922, gastro-entérostomie postérieure avec entéro-anastomose pour sénose pylorique.

En 1931, crises épigastriques violentes avec vomissements alimentaires, puis bilieux, enfin sanglants. Arrêt des matières et des gaz. Mouvements péristaltiques de la région sus-ombilicale.

Opération à la 20^e heure. Invagination ascendante commençant à 20 cm. au-dessous de l'entéro-anastomose et s'étendant jusqu'à elle. Résection. Guérison.

(THALHEIMER, *Journal de Chirurgie*, 1932, T. 39.)

OBS. 31 (ANGERER). — Invagination après gastro-entérostomie (*Zentralblatt für Chirurgie*, T. 49, n^o 26, 1932, p. 1572).

Gastro-entérostomie trans-mésocolique pour ulcère de la petite courbure. Depuis l'opération, de temps à autre, douleurs gastriques et vomissements. En 1930, brusquement, des douleurs violentes sont apparues, accompagnées de vomissements verdâtres incessants.

Opération deux jours après le début des accidents. Invagination de l'anse éfférente dans l'estomac sur une longueur d'environ 15 centimètres. Désinvagination.

Guérison avec disparition de tous les troubles gastriques.

(Ch. LENORMANT, *J. de Chirurgie*, 1933, Tome 41.)

IV

Observations de troubles du transit intestinal par arrêt du bouton anastomotique après les gastro-entérostomies au bouton

OBS. 32 (MAYO). — Occlusion par arrêt de migration du bouton de MURPHY (*Thèse* RIGOLLOT-SIMONNET, Paris, 1907-1908).

Gastro-entérostomie au Bouton de MURPHY. Du 14^e au 16^e jour après l'intervention, deux jours d'occlusion vraie qui se termine par l'évacuation spontanée du bouton.

V

Observations de sténoses du grêle par torsion de l'anse jéjunale anastomotique au cours de la gastro-entérostomie

OBS. 33 (HARTMANN.) — Par la faute d'un aide, HARTMANN, au cours d'une gastro-entérostomie antérieure, fit exécuter à l'anse jéjunale choisie une torsion d'un quart de tour en sens inverse des aiguilles d'une montre et plaça ainsi le grêle en antipéristaltisme par rapport à l'estomac.

Il fixa, suivant la méthode de LAUENSTEIN, la branche efférente, située à gauche et qu'il prenait pour l'efférente en situation plus élevée que l'anastomose. *Circulus vitiosus*, mais non occlusion intestinale, car les deux anses ne se croisant pas, ne pouvaient se com-

primer l'une l'autre (Thèse RIGOLLOT-SIMONNET, Paris, 1907-1908).

OBS. 34 (PEHAM (STAFFEL) — VOLKMANN S. KLIN.; VORTR 342 in PETERSEN).

Au cours d'une gastro-entérostomie antérieure, PEHAM fit exécuter à l'anse anastomotique une torsion en sens inverse des aiguilles d'une montre ; mais torsion de 180°. De cette façon, l'anse anastomosée était bien en isopéristaltisme avec l'estomac, mais l'anse efférente se plaçait derrière l'afférente, et le mésentère tordu en corde au-dessous de l'efférente la comprimait.

Mort 4 jours après la gastro-entérostomie, à la suite de vomissements incessants.

(Thèse RIGOLLOT-SIMONNET), Paris, 1907, 1908.

VI

Observations de sténoses du grêle après gastro-entérostomie par extension néoplasique

OBS. 35 (BAUDET). — Récidive néoplasique englobant les anses grêles, 3 mois après gastrectomie étendue par BILROTH II, occlusion intestinale aiguë.

Opération. — Masse épiploïque adhérente à la paroi avec dégénérescence néoplasique, et englobant les anses grêles.

(Thèse RIGOLLOT-SIMONNET), Paris 1907-1908.

OBS. 36 (LAUENSTEIN). — Occlusion intestinale à la suite d'une gastro-entérostomie, par extension néoplasique.

Gastro-entérostomie antérieure ; carcinome pylorique

1 mois et demi après : vomissements abondants et acides, constipation, ballonnement.

Trois mois et demi après : vomissements fécaloïdes. Mort.

Autopsie : extension du néo à la paroi antérieure de l'estomac, Intestin adhérent. Métastases sur le péritoine. Extension du néo à l'anse efférente.

(Thèse WILHEM, Nancy 1892-1893).

OBS. 37 (MAYER). — Compression de l'intestin grêle au-dessous de l'anastomose d'une gastro-entérostomie par des ganglions néoplasiques.

(WIENNER KLIN. WOCH., 1905).

Gastro-entérostomie pour sténose pylorique.

Trois ans après, douleurs et vomissements.

Opération. — Bouche perméable. Tumeur sur le pylore. Anses afférente et efférente distendues. Ganglions de la grosseur du poing dans le mésentère de l'anse anastomosée, comprimant les deux branches de cette anse à une faible distance de l'estomac.

(Thèse RIGOLLOT-SIMONNET), Paris 1907-1908.

OBS. 38 (PIOT). — Sténose de l'anse efférente par extension néoplasique (Laboratoire de radiologie du Centre anticancéreux de Lariboisière.

(Thèse PICARDA, Paris, 1930).

Le malade vient consulter en 1925 pour crises douloureuses avec hématomèses et mélœna.

Opéré le 24 novembre 1925 par le docteur LAREY. Le pylore présente à sa partie inférieure une petite tache correspondant à un épaississement en cupule ; pas d'adhérences. Pylorectomie, sphinctérectomie, fermeture du duodenum avec plastie épiploïque.

Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique au niveau de la grande courbure. Fixation de l'estomac à la brèche mésocolique.

En 1928, syndrome d'anémie pernicieuse ; troubles gastriques : douleurs post-prandiales, vomissements répétés.

Radio : Estomac piriforme, dont la partie inférieure correspond à la bouche de gastro-ostérostomie qui fonctionne au bout de quelques minutes et apparaît continente. L'anse anastomosée apparaît dilatée et reste remplie. Evacuation au bout de sept à huit minutes, et la baryte progresse dans le reste du grêle.

Radiographie : Anse éfférente nettement augmentée de volume avec une portion sous-jacente rétrécie.

Deuxième intervention, 26 février 1929. Il existe dans toute la région gastrique un plastron qui avait été perçu cliniquement. On tombe sur une zone d'adhérences médianes qu'on circonscrit. Volumineuse néoplasie de la face postérieure de l'estomac, ayant envahi la bouche anastomotique.

Gastro-entérostomie précolique.

Le malade succombe le lendemain.

VII

Observations de sténoses du grêle par brides et adhérences

OBS. 39 (HARTMANN). — Sténose haute du grêle par bride épiploïque après gastro-entérostomie. (Bulletin de Chirurgie, 1927, p. 1097).

Dix-neuf mois après la gastro-entérostomie, le malade avait éprouvé des sensations de barre épigastrique et de pesanteur une heure après les repas, puis des vomissements. A l'examen, on constatait dans la partie gauche de l'épigastre une tuméfaction, siège d'ondulation péristaltique.

Intervention : Bride épiploïque comprimant le jéjunum à 12 ou 15 centimètres environ au-dessous de l'anastomose. Section de la bride.

Par la suite, les troubles ont cessé, et le malade a pu être suivi pendant quatorze ans. Il ne suivait aucun régime et présentait simplement un vomissement à de rares intervalles.

OBS. 40 (PIOT). — Sténose du grêle par périviscérite après intervention.

(Thèse GOUBERT, Paris 1928.

M. S... M..., malade gastro-entérostomisé quelques années auparavant, présente actuellement des troubles marqués d'intolérance gastrique, en particulier des vomissements extrêmement abondants et précoces.

L'examen radiologique montre une très importante dilatation de l'anse anastomotique, immédiatement après l'ingestion de baryte. Celle-ci passe très rapidement de l'estomac dans le grêle, à travers une bouche nettement incontinente.

L'absorption de baryte provoque, comme l'absorption des aliments, des efforts de vomissements ; à ce moment, tout le liquide opaque qui était passé de l'estomac dans l'anse grêle dilatée reflue dans l'estomac.

L'examen radiologique permet d'affirmer dans ce cas l'existence d'une sténose du grêle immédiatement sous-jacente à l'anse dilatée.

L'intervention pratiquée par le professeur Lardenois confirme le diagnostic en montrant la présence d'un paquet d'adhérences à ce niveau.

OBS. 41 (LAGARENNE et BERGERET). — Sténose du jéjunum après gastro-entérostomie.

(Thèse PICCARDA, Paris, 1930).

M^{lle} B., opérée antérieurement (gastro-entérostomie pas le docteur DARTIGUES) recommence à souffrir après une période où elle est complètement soulagée et recommence à vomir.

En 1926, réintervention du docteur Bergeret. On trouve une gastro-entérostomie à anse longue. On fait une anastomose entre le point déclive de cette anse trop longue et l'anse efférente. Amélioration.

En 1928, nouvelles douleurs.

Examen radioscopique (docteur LAGARENNE). — Estomac en J majuscule, trop allongé verticalement. La baryte s'écoule dans une anse grêle anastomosée à gauche sur la portion verticale de la grande courbure. L'évacuation gastrique se fait uniquement par la bouche de gastro-entérostomie.

Au bout de 10 à 12 minutes, on remarque que l'anse jéjunale anastomotique après être descendue dans la fosse iliaque gauche, revient sous le bas-fond gastrique, se renfle et forme une poche à niveau horizontal fluctuant surmontée d'un peu de gaz. Cette portion dilatée présente des ondes péristaltiques et antipéristaltiques. Les anses suivantes s'injectent lentement. Une heure après l'ingestion, plus d'un tiers de la baryte évacué.

Conclusions. — Bouche de gastro-entérostomie, fonctionnant bien, mais située trop haut et ne drainant pas le bas-fond gastrique. Anse jéjunale, dilatée en poche hydro-gazeuse, située sous le bas-fond gastrique, à 20 ou 25 cm. au-dessous de la bouche gastrique.

Douleur maximum au niveau de cette poche. Mouvements péristaltiques et antipéristaltiques continuels de la baryte dans cette anse dilatée, indiquant un obstacle sérieux, brides d'adhérences probablement...

CONCLUSION

De l'étude que nous venons de faire sur les diverses sténoses du grêle qui peuvent survenir après la gastro-entérostomie, il nous a semblé pouvoir tirer les conclusions suivantes.

I. — *Conclusions quant à la prophylaxie des sténoses*

1° Avant l'opération :

Diminuer la septicité du foyer opératoire par des lavages préalables d'estomac.

En cas d'ulcère gastro-duodénal, opérer de préférence en période d'accalmie, non fébrile, pendant laquelle l'infection du foyer ulcéreux et des parois gastriques à l'entour, est considérablement atténuée ; au besoin, faire de la vaccination pré-opératoire.

2° Au cours de l'opération :

Réduction au minimum du traumatisme opératoire.

Bonne péritonisation des surfaces cruentées.

Hémostase scrupuleuse.

Suspension adéquate de l'anse anastomotique à l'estomac.

Fixation soignée de la brèche mésocolique à la paroi de l'estomac.

Fermeture du hiatus prévertébral formé entre l'anse afférente et le mésocolon, par suture de cette anse au mésocolon.

3° *Après l'opération :*

Nouveau lavage d'estomac, et si l'on veut sérothérapie.

II. — *Conclusions quant au diagnostic des sténoses*

Nécessité de l'examen radiologique chaque fois qu'un malade soulagé par l'opération, recommence à souffrir.

Examiner le fonctionnement de la bouche, rechercher les signes de périgastrite et de troubles du transit grêle.

III. — *Conclusion quant au traitement*

Ne pas hésiter à intervenir, dès l'apparition des premiers accidents d'occlusion, chez un ancien gastro-entérostomisé.

Vu : LE DOYEN :

G. ROUSSY.

Vu : LE PRÉSIDENT DE THÈSE :

M. LOEPER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris :

S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- ADENOT. — *Revue de Chirurgie*, 1896, p. 15.
- ANGERER. — Invagination après G. E. (*Zentralblatt für Chirurgie*, T. LIX, n° 26, juin 1932, p. 1572).
- ARNBERGER. — Invagination de l'I. G. dans l'anse efférente après G. E. (*Zentralblatt für Chirurgie*, octobre 1921, p. 1538).
- ARNSPERGER. — Invagination rétrograde de l'I. G. après G. E. (*Zentralblatt für Chirurgie*, 1922, T. XLVI, n° 6, pp. 190-192).
- ASTAIX. — Les suites immédiates de la G. E. (*Th. Paris*, 1924).
- BAUDET. — Récidive néoplasique englobant les anses grêles après G. E. (*Thèse Rigollot-Simonnet*, Paris, 1907-08).
- BAUMANN. — Invagination ascendante du jéjunum après G. E. (*Zentral. f. Chir.*, 1921, p. 1538).
- BERGERET et LAGARENNE. — Sténose du jéjunum après G. E. (*Thèse Piccarda*, Paris, 1930).
- BRECHOT. — De la pylorectomie dans les sténoses bénignes du pylore. (*Rev. de Chirurgie*, 1907, T. I, p. 296).
- BRUMM. — L'ileus par invagination après G. E. (*Bruns Beiträge zur Klin. Chir.*, T. CXXII, 1924, p. 103).
- H. BRÜTT. — Sur la question de l'étranglement interne après la G. E. postérieure (*Zentralblatt f. Chir.*, 1921, T. XLVIII, n° 9, p. 302).

- C. BRYAN. — Etranglement interne récidivant consécutif à une G. E. (*Surgery, Gynaecology and Obstetrics*, T. xxx, n° 1, 1920, pp. 82-85).
- BUDDER. — *Deutsche med. Wochenschr.* 1897, p. 146.
- CALDERON. — Voir LEDOUX-LEBARD.
- DÉNECHAU. — Les suites médicales de la G. E. (*Th. Paris*, 1907).
- DOYEN. — Chirurgie de l'estomac. 1895.
— Congrès Français de Chirurgie. 1898.
- DRUMMOND. — Invagination rétrograde de l'I. G. après G. E. (*British Journal of Surgery*, vol. xi, n° 41, pp. 79-89).
- DUJARRIER (Ch.). — *Journ. de Chirurgie*, 1923, T. xxii.
- DUVAL et AMEUILLE. — Sur les vomissements bilieux électifs après G. E. (*Journal de Chirurgie*, 1933, p. 372).
- DUVAL, J.-Ch. ROUX, GATELLIER et MOUTIER. — Relations entre l'état infectieux des parois gastriques et certains troubles consécutifs à la G. E. (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie de Paris*, 1926, p. 270).
- FROMME. — Sur une forme rare d'occlusion après la G. E. (*Zentralblatt f. Chirurgie*, 1920, T. XLVII, n° 50, p. 1505).
- GAUBERT. — Contribution à l'étude radiologique des sténoses de l'intestin grêle (*Th. Paris*, 1928).
- GRAY. — *Lancet*, août 1904, p. 526.
- GROSS. — *Revue médicale de l'Est*, 1904, 1^{er} sept.
- GUIBÉ. — Chirurgie de l'abdomen, 1905.
— *Journal de Chirurgie*, 1920.
- GUTIERREZ. — Sur l'invagination de l'anastomose gastro-jéjunale à travers la brèche mésocolique (*Revista di Cirurgia*, An. v, n° 11, p. 509).
- HARTMANN. — Chirurgie gastro-intestinale, 1901.
— *Travaux de Chirurgie*, 1903, p. 216.

- Erreur d'orientation de l'anse anastomotique au cours de la G. E. (*Thèse Rigollet-Simonnet*, Paris, 1907-08).
- HARTMANN et TERRIER. — Chirurgie de l'estomac, 1899.
- HARTMANN. — Mort par invagination du grêle dans la brèche mésocolique après G. E. (*Th. Astein*, Paris, 1924).
- HARTMANN. — Sténose du jéjunum par une bride épiploïque après G. E. (*Bulletin de Chirurgie*, 1927, p. 1097).
- HARTERT. — Invagination de l'intestin grêle dans l'estomac après G. E. (*Zentralblatt f. Chirurgie*, 1921, T. XLVIII, n° 32, p. 1154).
- IRWIN. — Un cas de hernie trans-mésocolique après G. E. (*The Lancet*, T. CCXII, n° 5393, 8 janvier 1927, p. 75).
- JAHIEL. — Voir LEDOUX-LEBARD.
- KEENE (R.). — Un cas d'obstruction aiguë après G. E. (*British Journal of Surgery*, T. XII, n° 48, 1925, p. 791).
- KOPP. — Invagination rétrograde après G. E. (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, vol. LXIX, n° 15, avril 1925, p. 1709).
- LAGOUTTE. — Occlusion intestinale aiguë à la suite de décollement còlo-épiploïque pour G. E. (*Bull. et Mém. Soc. Chirurgie de Paris*, 1921, p. 99).
- LAGARENNE et BERGERET. — Sténose du jéjunum après G. E. (*Thèse de Piccarda*, Paris, 1930).
- LARDENNOIS et ROUVILLOIS. — A propos du décollement intercòlo-épiploïque, appliqué à la chirurgie de l'estomac (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1921, p. 145).
- LAÜENSTEIN. — Extension néoplasique après G. E. (*Thèse Wilhelm*, Nancy, 1892-93).

- LEDoux-LEBARD, GARCIA-CALDERON et JAHIEL. — Sur un cas de sténose haute du grêle après G. E. (*Société de Radiologie médicale*, février 1930).
- LENORMANT (Ch.). — *Journal de Chirurgie* : 1920, T. xvi ; 1921, T. xvii ; 1922, T. xix, p. 71 ; 1922, T. xx ; 1932, T. xxxix.
- LERICHE. — La Gastrectomie (*Th. Lyon*, 1905).
- LUNDBERG SVEN. — Invagination rétrograde du grêle après G. E. (*Acta Chirurgica Scandinavia*, 1922, vol. liv, p. 123).
- MAYER OTTO. — *Wiener Klinische Wochenschrift*, 1905, p. 136.
- MAYO. — Occlusion proxogène par migration du bouton de Murphy (RIGELLET-SIMONNET, *Th. Paris*, 1907-08).
- MAYO. — *Annals of Surgery*, Philadelphie, août 1932.
- MAYO-ROBSON. — Medico-chirurgical transaction, 1892, p. 407.
— *British medical Journal*, 1906, p. 1345.
- METIVET. — *Journal de Chirurgie*, 1922, T. xx.
- MONPROFIT. — Congrès Français de Chirurgie, 1898-1901-1902-1903-1905.
- MOYNIHAN. — *Lancet*, 1906, p. 704.
- OUDARD. — Deux cas d'occlusion haute après G. E. (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie de Paris*, 1923).
- PEHAM. — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, B. 48, S. 84.
- PETERSEN. — Congrès de l'Association allemande de Chirurgie, xxix, 1900.
- PICCARDA (J.-A.). — Contribution à l'étude radiologique de quelques troubles rares du transit grêle après G. E. (*Th. Paris*, 1930).
- PICKFORD. — Voir SHEARER.
- PIOT (E.). — Sténose de l'anse efférente après G. E.,

- par extension néoplasique (*Thèse J.-A. Piccarda*, Paris, 1930)..
- PIOT. — Sténose du grêle par périviscérite après G. E. (*Thèse J. Goubert*, Paris, 1928).
- QUÉNU. — *Archiv. obst. et gynécol.*, 1894, p. 422.
- RICARD et CHEVRIER. — *Gazette des Hôpitaux*, 1905, p. 96.
- RIGOLLOT-SIMONNET. — Contribution à l'étude des occlusions intestinales après G. E. (*Th. Paris*, 1907-08).
- ROUX (J.-Ch.). — *Journal de Chirurgie*, 1920.
- ROUTIER. — Invagination du grêle à travers la brèche mésocolique (*Société de Chirurgie*, 1900).
- ROUVILLOIS. — Voir LARDENNOIS.
- SHEARER et PICKFORD. — Invagination du grêle dans l'estomac à travers une bouche de G. E. (*Annals of Surgery*, vol. LXXXVII, n° 4, avril 1928, p. 574).
- SCHLOESSMANN. — Invagination rétrograde dans l'estomac après G. E. (*Zentral. f. Chir.*, octobre 1921, T. XLVIII, n° 42, p. 1538).
- SCHRÖTER. — *Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, B. 38, S. 296.
- SICK. — *Deutsche med. Wochen.*, 1893, S. 875.
- STAFFEL. — *Volkman s. Klin. Vortr.*, 342.
- STEBER. — Invagination rétrograde de l'anse efférente (*Munchener Med. Wochen.*, 1917).
- STEUDEL. — *Beiträge zur Klin. Chir.*, Bd XLIII.
- SUMMERS. — Cas d'occlusion par invagination du grêle dans l'estomac à travers la bouche après G. E. (*Annales of Surgery*, vol. XIX, n° 2, p. 292).
- TERRIER. — G. E. post. (*Revue de Chirurgie*, 1902, p. 369).
- TERRIER et HARTMANN. — Chirurgie de l'estomac (1899).

THALEIMER. — *Journal de Chirurgie*, T. xxxix.

TORRACA. — Etranglement de l'anse anastomotique dans l'incision mésocolique dans un cas de G. E. postér. (*Zentralblatt f. Chir.*, T. LIX, n° 11, pp. 652-656).

TUOMIKOSKI VILJA. — L'invagination ascendante du grêle après G. E. (*Acta societatis medicorum Fennicae « duodecim »*. Série B, T. xv, n° 10, novembre 1931, p. 1).

WARREN. — Invagination rétrograde du jéjunum à travers une brèche de G. E. (*The Lancet*, T. cxcvii, n° 5014, octobre 1929, p. 615).

WILHELM. — La G. E. (Thèse Nancy, 1892-93).

